



Hausärztliche Gemeinschaftspraxis Bad Schwartau

Dr. med. Karin Baumann

Fachärztin für Innere Medizin, Hausärztin

Dr. med. Sabine Westenhöfer

Praktische Ärztin, Hausärztin, Ernährungsmedizin

Dr. med. Helge Züllich

Facharzt für Innere Medizin, Hausarzt, Palliativmedizin

Partnerschaftsgesellschaft

Lübecker Str. 52
23611 Bad Schwartau

Telefon 0451 23434

Telefax 0451 26793

www.hausaerzte-bad-schwartau.de
praxis@hausaezte-bad-schwartau.de

Anamnesebogen zur reisemedizinischen Beratung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

beantworten Sie als Vorbereitung für die reisemedizinische Beratung bitte folgende Fragen, insbesondere die Informationen zur Reise, möglichst genau. Bringen Sie vorhandene Unterlagen, z.B. vom Reiseveranstalter, sowie Ihren Impfausweis mit.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: Festnetz: _____ Mobil: _____

Reisedaten:

Reiseziel	von ... bis ...	Art der Reise
		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C

Art der Reise:

- A:** Reise durch das Landesinnere unter einfachen Bedingungen (Rucksack- /Trecking- /Individualreise) mit einfachen Quartieren/Hotels; Camping-Reisen; Langzeitaufenthalte; praktische Tätigkeit im Gesundheits- o. Sozialwesen; enger Kontakt zur einheimischen Bevölkerung wahrscheinlich
- B:** Aufenthalt in Städten oder touristischen Zentren mit (organisierten) Ausflügen ins Landesinnere (Pauschalreise, Unterkunft und Verpflegung in Hotels bzw. Restaurants mittleren bis gehobenen Standards)
- C:** Aufenthalt ausschließlich in Großstädten oder Touristikzentren (Unterkunft und Verpflegung in Hotels bzw. Restaurants gehobenen bzw. europäischen Standards)

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt? Nein Ja
Wenn ja, wogegen? _____

Vertragen Sie den Verzehr von Hühnereiern oder Eiprodukten? Nein Ja

Sind bei Ihnen nach einer früheren Impfung allergische Reaktionen, Unverträglichkeiten oder sonstige schwere Reaktionen aufgetreten? Nein Ja

Leiden Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen? Nein Ja

Wenn ja, an welchen?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufkrankungen | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Zuckererkrankung) | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Immunschwäche |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie (Krampfleiden) | <input type="checkbox"/> Sonstige:
_____ |

Nehmen Sie Medikamente ein? Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie schwanger? Nein Ja

Sollten Sie Ihre Termine nicht wahrnehmen können, bitten wir um eine Absage spätestens zwei Tage vorher.

Vielen Dank! Ihr Praxisteam